Marque con un círculo la opción que mejor se aproxima a su situación con SI o NO:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.- ¿Alguna vez ha perdido completamente el conocimiento (DESMAYO) o sufre MAREOS injustificados en relación o no con el ejercicio? | 🞏 SI | 🞏 NO |
| 2.- ¿Algunas veces tuvo OPRESIÓN/DOLOR TORÁCICA ("como un peso en el pecho ") haciendo actividad física? | 🞏 SI | 🞏 NO |
| 3.- ¿Nota FATIGA ("FALTA DE AIRE") injustificada que le dificulta realizar ejercicio ligero o moderado? | 🞏 SI | 🞏 NO |
| 4.- ¿En el último año ha sido tratado alguna vez en el hospital por asma bronquial? | 🞏 SI | 🞏 NO |
| 5.- ¿Alguna vez tuvo convulsiones o ataques epilépticos? | 🞏 SI | 🞏 NO |
| 6.- ¿Algunos de sus familiares directos (padre, madre, hermanos) tuvieron muerte súbita antes de los 40 años o infarto de miocardio (mortal o no) antes de los 55 años (padre o hermano) o antes de los 65 años (madre o hermana)? | 🞏 SI | 🞏 NO |
| 7.- Es fumador/a habitual (todos los días) de cigarrillos o dejó el tabaco en menos de 6 meses? | 🞏 SI | 🞏 NO |
| 8.- ¿Ha notado arritmias (PALPITACIONES) u otro problema cardiaco en relación o no con el ejercicio?. | 🞏 SI | 🞏 NO |
| 9.-¿Tuvo alguna infección importante, como pericarditis, miocarditis o mononucleosis en los últimos 3 meses? | 🞏 SI | 🞏 NO |
| 10.-¿Le ha dicho alguna vez su médico que usted tiene el colesterol alto (C.Total ≥200 mg/dl e/o LDLc ≥130 mg/dl) o la tensión arterial alta (≥140/≥90 mmHg). | 🞏 SI | 🞏 NO |
| 11.- Es DIABÉTICO/A (glucosa en ayunas ≥ 126 mg/dl) o toma medicación para controlar la glucosa? | 🞏 SI | 🞏 NO |
| 12.-¿Ha perdido alguno de estos órganos (ojo, riñón, testículo) debido a una lesión o enfermedad? | 🞏 SI | 🞏 NO |
| 13.- ¿Tiene PROBLEMAS EN LOS HUESOS O ARTICULACIONES que pueden empeorar al aumentar su actividad física? | 🞏 SI | 🞏 NO |
| 14.-¿Le Receta su médico habitualmente algún medicamento ¿Cuál o cuáles?. | 🞏 SI | 🞏 NO |
| 15.- ¿Conoce alguna RAZÓN POR LA QUE NO DEBE PRACTICAR ACTIVIDAD FÍSICA? | 🞏 SI | 🞏 NO |

Si Ud. tiene fiebre-gripe/calor-frío no debe practicar deporte esos días y debe ponerse en contacto con un médico. Si es mujer embarazada puede realizar actividad física moderada, pero con autorización del médico o ginecólogo.

 Si responde SÍ a solo una o más de las preguntas Nº 1,2,3,8,11,13,15 (en negrilla), o a dos o más de las otras preguntas, Nº 4,5,6,7,9,10,12,14, debe contactar con un Médico antes de iniciar ejercicio o de realizar algún test físico.

 Si respondió NO a todas las preguntas, usted puede comenzar a practicar deporte con alta confianza de que no presenta riesgos para su salud. Si a partir de ahora aparece alguno-s de los síntomas y signos que figuran en el presente cuestionario, debe de comentárselo a un Médico.

Firmo la presente en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 201\_\_

\*Cuestionario adaptado por Dr. Crespo-Salgado JJ (2012) de las “Recomendaciones de Lausanne 2004” (Comisión Médica del COI, 2004), del “Cuestionario de Monitoreo Pre participación Deportiva” (Asociación Americana del Corazón/Colegio Americano de Medicina Deportiva, 1998), del “Physical Activity Readiness Questionnaire-PAR-Q” (Thomas, Reading e Shephard, 1992), y del “Screening de Muerte Súbita cardíaca en atletas escolares americanos” (Braden e Strong, 1988). MUY IMPORTANTE: Este cuestionario es confidencial y sujeto a Ley Protección Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/ 1999, de 13 de diciembre).